

4. Борисов А.В., Петренко В.М., Малафеева Е.Я., Карачева И.А., Шипулин А.Н., *Материалы к теории лимфангиона. Морфология*, т. 105, 1993, Изд. «Гиппократ», С.-Петербург, с. 52.
5. Бородин Ю.И., *Общая анатомия лимфатической системы*, Новосибирск, 1990.
6. Выренков Ю.Е., Щербакова Э.Г., *Основные принципы эндолимфатической терапии. Проблемы функциональной лимфологии*. Новосибирск, 1992, с. 46 – 48.
7. Куприянов В.В., Караганов Я.Л., *Микролимфология*. М., Медицина, 1983.
8. Орлов Р.С., *Основы физиологии лимфангиона*. 2-ой Всероссийский съезд АГЭ. Тез. докл. М., 1988, с. 89.

Rezumat

Variația formei, structurii și a dimensiunilor limfangionilor, prezența cisternelor și a macromicrosegmentului limfatic demonstrează un anumit dinamism al vaselor limfatice, o amplă activitate determinată de lipsa unui organ central, ce ar contribui la propulsarea limfei. La subiecții prematuri limfangionii poartă amprente ale involuției, ceea ce reprezintă un indice al agravării circulației limfatice.

Summary

The variation of the shape, structure and dimensions of the lymphagions, the presence of the cisternae and of the lymphatic macromicrosegment denotes a certain dynamism of the lymphatic vessels, which perform an ample activity determined by the lack of a central organ, that would contribute to the propulsation of the lymph. For the premature subjects the lymphoganglions carry imprinting of the involution, which represents a marker for the aggravation of the lymphatic circulation.

CHISTURILE MEZENTERICE GIGANTE LA COPIL

Eva Gudumac, academician, prof. univ., **Veaceslav Babuci**, dr. h. în medicină, conf. cercet., **Alexandru Jalbă**, dr. în medicină, **Virgil Petrovici**, medic, **Jana Bernic**, dr. în medicină, conf. univ., **Marcel Grăjdieru**, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”

Formațiunile chistice ale mezenterului la copil se întâlnesc foarte rar (G.N.Rumeanțeva și coaut., 2002), fiind întâlnite la 1:20000 copii spitalizați în staționar (H.Takiff, 1985, R.Kurtz et al., 1986).

Un caz de chist mezenteric depistat la necropsie la o fetiță de 8 ani pentru prima dată a fost descris în 1507 de anatomistul italian Benevieni (S.K.Mohanty et al., 1998). În 1842 chistul mezenteric chilos a fost documentat de marele chirurg von Rokitansky C.F. (Richard Ricketts, 2003). Prima intervenție chirurgicală cu succes în chistul mezenteric a fost efectuată de către chirurgul francez Tillaux (1880) (Richard Ricketts, 2003).

Din punct de vedere embriologic etiologia chisturilor mezenterice nu este încă bine înțeleasă. Este greu de explicat apariția diverselor varietăți ale patologiilor malformative respective și dacă au la bază numai o displazie chistică a vaselor limfatice sau sunt un rezultat al altor cauze complet diferite.

Chisturile mezenterice pot fi depistate în orice porțiune a mezoului, dar mai frecvent se întâlnesc în mezoul intestinului subțire (60% cazuri) (R.J. Kurtz et al., 1986). În afară de localizarea izolată a chistului în mezoul colonic, au fost descrise cazuri de afectare concomitentă a mezoului intestinului subțire și a celui colonic (O.P.Kurguzov și coaut., 1991).

În funcție de origine, histogeneză, localizare, structură, caracterul conținutului este recunoscută clasificarea chisturilor mezenterului după O.P.Kurguzov și coaut., 1991.

În acest studiu au fost analizați 28 de copii în vârstă de 2-18 ani, care au fost operați cu formațiuni chistice ale mezoului în secția de chirurgie toraco-abdominală a Centrului Național Științifico-practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” pe o perioadă de 15 ani (1994-2005). La 13 dintre ei s-a stabilit diagnosticul de limfangiom chistic, iar la câte un copil chist hidatic și cu chist posttraumatic al mezoului intestinului subțire; într-un caz în procesul patologic a fost implicat mezoul colonic (limfangiom al mezocolonului).

De remarcat că toți pacienții au fost operați în fazele avansate ale bolii, formațiunile chistice atingând dimensiuni impresionante. Dimensiunile maxime ale unui chist mezenteric, descrise și în literatura de specialitate (O’Neil J.A., et al., 1998) au fost de 30 cm x 40 cm x 10 cm .

Caz clinic nr.1.

Pacienta I. în vârstă de 3 ani (f/o Nr.04644) a fost internată în Centrul Național Științifico-practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” pe 22.06.05.

Motivele: dureri abdominale, pierdere ponderală, abdomen mărit în volum.

Diagnosticul de trimitere: chist hidatic hepatic.

Istoricul bolii. Afirmativ, de aproximativ o săptămână pacienta acuza dureri abdominale însoțite de modificări ușoare digestive (grețuri). Cu trei zile înainte de internare părinții indică la prezența unui abdomen mărit în volum, motiv pentru care a fost îndreptată în clinica noastră pentru precizarea diagnosticului și tratamentul specializat.

Examenul chirurgical: abdomen mărit în volum cu participarea parțial redusă la mișcările respiratorii; la palpare se evidențiază prezența unei formațiuni tumorale, mobile, nedureroase, ce ocupă aproximativ 3/4 din cavitatea abdominală. La percuție – matitate abdominală difuză. Afirmativ tranzit intestinal prezent.

Examenul de laborator indică la o anemie moderată (Hb – 104 g/l, Er – $3,4 \times 10^9/l$), cel echografic la o formațiune chistică, prezentând aspectul unui chist hidatic hepatic gigant. În baza datelor anamnestice (dureri abdominale, creșterea în dimensiuni a abdomenului, datele echografiei etc.). S-a pus diagnosticul de chist abdominal. Tratamentul fiind considerat caz chirurgical, s-a decis intervenția chirurgicală atât în scop diagnostic, cât și terapeutic.

Pregătirea preoperatorie a fost de o durată de 3 zile. În anestezie generală s-a efectuat laparotomia mediană superioară. În cavitatea peritoneală se găsește o formațiune chistică gigantă cu dimensiunile de aproximativ 30 cm x 40 cm x 10 cm cu antrenarea în procesul patologic a rădăcinii mezoului intestinului subțire (*fig. 1*). La puncția cavității chistice s-a evacuat un lichid chilos, care nici pe departe nu semăna cu clasicul aspect de apă de stâncă. Ținând cont de topografia formațiunii, se practică o excizie subtotală a chistului, iar fragmentele capsulei restante au fost prelucrate cu tinctură de iod, cu plasarea unui drenaj intracavitar exterior în hipocondrul drept, după care a urmat închiderea etanșă a cavității restante pentru a evita comunicarea liberă a cavității restante cu cavitatea peritoneală.



Figura 1. Limfangiom chistic al mezoului intestinului subțire de dimensiuni majore

Evoluția postoperatorie a fost simplă, după 12 zile de la intervenția chirurgicală constatându-se echografic o reducere aproape completă a cavității restante, iar suprimarea drenajului a permis externarea pacientei, la a 14-a zi de la intervenția chirurgicală fiind considerată vindecată chirurgical. Diagnosticul patomorfologic - limfangiom chistic.

Examenul echografic postoperator efectuat la a 45-a zi și la 3 luni postoperator a constatat obliterarea completă a cavității restante.

Discuții. Evoluția limfangioamelor chistice poate să fie staționară sau să urmeze o creștere rapidă. Din cele relatate, reiese că limfangiomul chistic al mezenterului poate evolua asimptomatic o perioadă îndelungată de timp. Tabloul clinic al acestor formațiuni tumorale nu conține o simptomatologie patognomonică, durerea fiind singura cauza ce determină adresarea la medic. De regulă, acest simptom se asociază în perioadele tardive ale bolii și este cauzat de compresiunea organelor și a țesuturilor adiacente sau de o serie de alte complicații, precum inflamația survenită prin inflamația vaselor limfatice cu structură normală, vase care comunică cu cavitățile chistice, uneori, în urma unor traumatisme pot să apară fenomene de hemoragie intrachistică sau să se transforme într-un hemlimfangiom. Susținem părerea autorilor (D.B.Avidon, 1956, Iu.A.Bacericov, 1979) că conținutul formațiunilor chistice ale mezenterului nu indică în majoritatea cazurilor originea și structura morfologică (O.P.Kurguzov și coaut., 1991). Enuclearea completă a chisturilor mezenterice reprezintă operația preferabilă (R.J.Kurtz, 1986). Totodată, în cazurile unor formațiuni chistice gigante cu localizare în regiunea rădăcinii mezoului exereza radicală devine imposibilă, intervenția finisându-se cu înlăturarea subtotală a chistului, drenarea cavității restante, capitonaj sau marsupializare (Richard Ricketts, 2003).

Actualmente geneza limfangiomului chistic al mezoului nu este deplin cunoscută, fiind propuse mai multe concepții teoretice (O.P.Kurguzov și coaut., 1991, Richard Ricketts, 2003).

Studiul lui Gross demonstrează că dezvoltarea limfangiomului chistic are loc pe fundalul unei proliferări benigne sau ectopii ale limfaticelor, care nu comunică adecvat cu sistemul limfatic (D.P.Bliss et al., 1994). Conform unor ipoteze, aceste formațiuni chistice neparazitare provin din spațiile limfatice ale sacului limfatic embrionar retroperitoneal, similar higromelor chistice cervicale, care își au originea din sacul limfatic jugular (J.E.Skandalakis et al., 1994, cit. Richard Ricketts, 2003).

Feins N.R. (1990) conchide ca una dintre cauzele chisturilor mezoului să fie considerată obstrucția căilor limfatice. Totodată, conform datelor unor autori, ocluzia experimentală a limfaticelor nu duce la dezvoltarea formațiunilor chistice, deoarece există o rețea bogată de colaterale, fapt ce pune la îndoială corectitudinea acestei teorii (H.Takiff, 1985, J.A.O'Neil et al., 1998). Chiar și alte teorii, ca incapacitatea canalelor limfatice embrionare de a se conecta la sistemul venos, traumatismele, nefuziunea foițelor embrionare, degenerarea ganglionilor limfatici etc., nu rezolvă etiologia afecțiunii malformative date (R.Ricketts, 2003).

Evolutiv în limfangiomul chistic mezenterial se pot asocia unele complicații: inflamația, infecția, torsia, hemoragii, ocluzia intestinală etc. (O.P.Kurguzov și coaut., 1991).

Ultima complicație a fost întâlnită și de noi într-un caz, care a fost rezolvat chirurgical prin ablația radicală a limfangiomului chistic al mezoului cu rezecția segmentară a ileonului comprimat și aplicarea unei anastomoze termino-terminale (Eva Gudumac și coaut., 2001).

Unii autori semnalează că în dezvoltarea chisturilor mezenteriale posttraumatice un rol causal îl deține reabsorbția hematomului cu formarea unei cavități înconjurate de țesut conjunctiv (S.D.Ataev, M.R.Abdulaev, 1979, cit. O.P.Kurguzov și coaut., 1991) și, nu în ultimul rând, dereglările circulatorii ale mezoului.

În cazul nostru (pacientul B., 12 ani) boala a debutat acut după 19 zile de la momentul traumatismului (cădere de pe bicicletă) cu dureri abdominale, ce a condiționat spitalizarea cu diagnosticul de abdomen acut. De menționat că în aceste cazuri este dificilă diferențierea unui chist mezenteric primar complicat cu hemoragie intrachistică de pseudochisturile în urma unui traumatism (*fig.2*), decisiv fiind doar examenul morfologic.

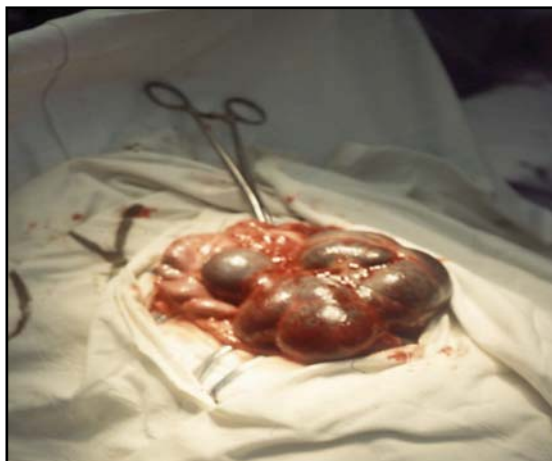


Figura 2. Aspect intraoperator al unui pseudochist posttraumatic cu conținut hemoragic

Chistul hidatic primar mezenterial, de asemenea, se include printre maladiile rar întâlnite, în pofida faptului că unii autori reclamă o incidență de 8,16% (R.M.Cooney et al., 2004). Diagnosticul deseori poate fi confundat cu alte formațiuni chistice și tumorale ale intestinului, mezoului și organelor retroperitoneale (M.A.Moraes et al. 2003).

În acest context prezentăm următorul caz clinic.

Caz clinic nr.2.

Pacienta S., 9 ani (f/o nr.03530) a fost internată în Centrul Național Științifico-practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” cu diagnosticul de chist hidatic hepatic depistat la examenul echografic al organelor cavității abdominale. Boala a debutat cu 3 zile în urmă cu dureri violente în hipocondrul drept; părinții au constatat o bombare a regiunii dureroase.

Examenul obiectiv a evidențiat o modificare structurală a hipocondrului drept, la palpare s-a depistat o formațiune tumorală, mobilă, dureroasă, de consistență dur-elastică.

Explorările clinico-biochimice - fără modificări. Scintigrafia hepatică a exclus oarecare formațiuni de volum hepatice. Examenul computer (*fig.3*) cu contrastarea căilor urinare a depistat o formațiune chistică de dimensiuni majore 12,3 x 8,0 x 6,5 cm, concluzia fiind în favoarea unei formațiuni chistice a rinichiului drept.

După o pregătire preoperatorie, s-a intervenit chirurgical, intraoperator depistându-se o formațiune chistică parazitară a rădăcinii mezoului (*fig.4*), omentul fiind aderat intim la aceasta. Ca și în cazul clinic precedent, localizarea, topografia vaselor nu a permis înlăturarea totalmente a capsulei fibroase a chistului hidatic.

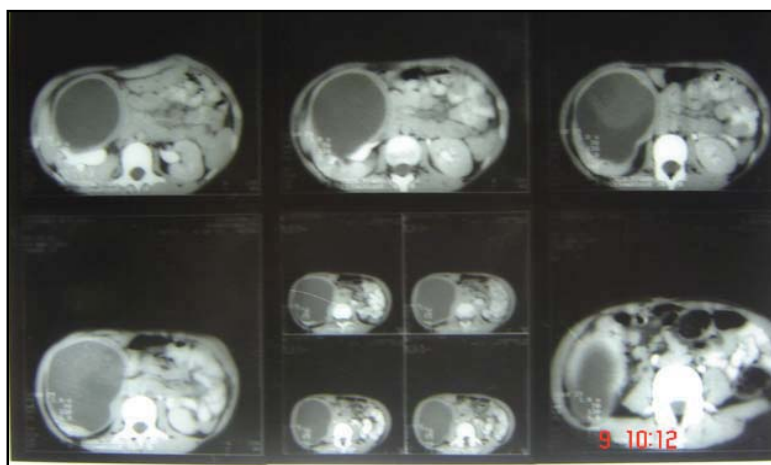


Figura 3. Tomografia computerizată a pacientei S

S-a recurs la prelucrarea cavității reziduale cu un remediu sclerozant, capitonaj parțial și drenare externă. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, drenul tubular fiind înlăturat la a 5-a zi postope-

rator. Pacienta a fost externată la a 10-a zi. Examenul ecografie efectuat la 5 luni postoperator nu a decelat careva cavitați intraabdominale.

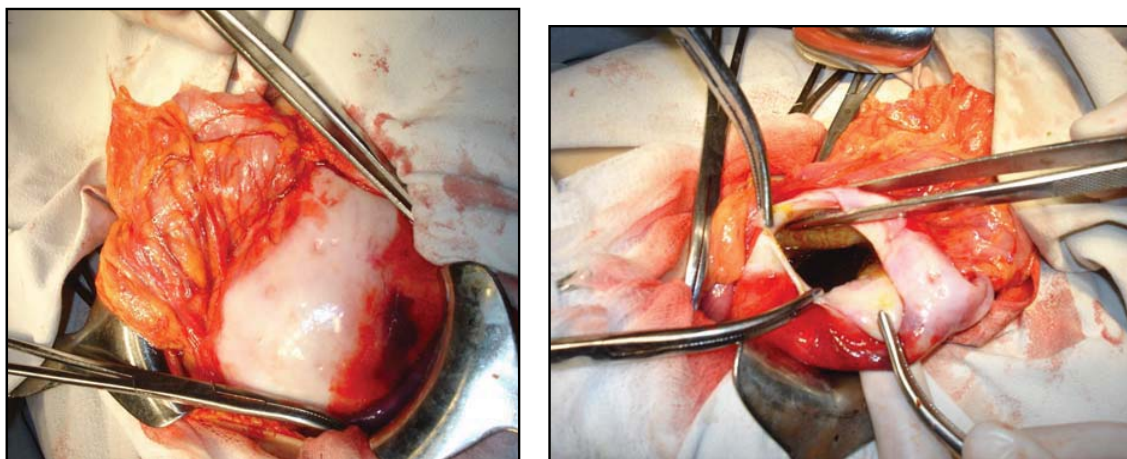


Figura 4. Aspect intraoperator al unui chist hidatic: a) – intact; b) – cavitatea reziduală după procedeul de echinococectomie

În unele cazuri chisturile renale de dimensiuni majore, de asemenea pot simula tabloul clinic al chisturilor abdominale (fig.5), punând destule probleme de diagnostic (fig.6) și ulterior de tratament (fig.7).

Discuții. Chistul hidatic al mezoului reprezintă o problemă dificilă și controversată de diagnostic și tratament. Mecanismul infectării primare a peritoneului și derivatelor lui rămâne încă necunoscut (G.Galati et al., 2003). Formațiunea parazitară poate fi localizată nu numai în mezoul intestinului subțire, dar și în mezocolon (A.N.Gangopadhyay et al., 2000). În cazurile de dezvoltare a complicațiilor (rupere) chistul hidatic mezenteric poate simula clinica unei apendicite acute (M.A.Turdibaev et al., 1984).



Figura 5. Aspectul abdomenului în caz de chist renal gigant

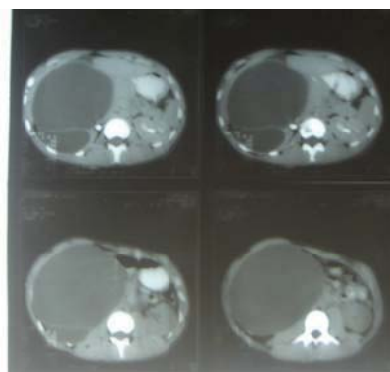


Figura 6. Tomografie computerizată. Chist renal gigant

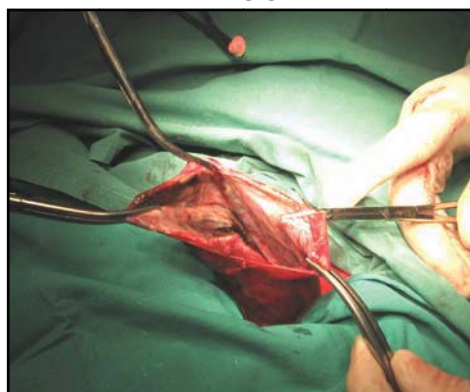
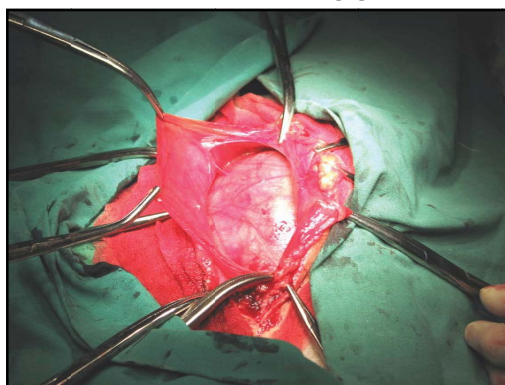


Figura 7. Aspect intraoperator al chistului renal gigant; a – înainte de mobilizare; b – după mobilizare

Aceste cazuri prezintă interes nu numai prin cazuistica maladiilor, dar și prin diagnosticul diferențial dificil.

Tratamentul chirurgical radical al chisturilor mezenterice permite un pronostic favorabil. În același timp, volumul intervențiilor chirurgicale în chisturile mezenterice gigante este dependent de dimensiunile și localizarea formațiunilor, relațiile cu organele adiacente și vasele mezenterice majore, caracterul complicațiilor, terenul biologic al pacientului.

Pronosticul pacienților cu chisturi ale mezenterului este favorabil.

Concluzii

1. Chisturile mezenterului se întâlnesc rar la copil, frecvent asimptomatice, fiind leziuni benigne. Din cauza tabloului clinic sărac și nespecific diagnosticul preoperator corect al acestor leziuni se face în puține cazuri și cu întârziere.

2. Explorările de laborator rămân nemodificate. Examenul echografic abdominal, radiologic simplu, computer-tomografic poate descoperi formațiuni tumorale, iar examenul bacteriologic prezența factorului microbian.

3. Tratamentul de elecție în chisturile mezenterice este cel chirurgical și depinde de mărimea și localizarea leziunii mezenterului, caracterul complicației, rezultatele obținute în urma tratamentului fiind satisfăcătoare.

Bibliografie selectivă

1. Bliss D.P., Coffin C.M., Bower R.J., *Mesenteric cysts in children. Surgery*, 1994, 115(5): 571-7.

2. Cooney R.M., Flanagan K.P., Zehyle E., *Review of surgical management of cystic hydatid disease in a resource limited setting: Turkana, Kenya. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2004, 16 (11): 1233 – 6.

3. Egozi E.I., Ricketts R.R., *Mesenteric and omental cysts in children. Am Surg.* 1997, 63(3): 287-90.

4. Galati G., Fiori E., Sanmartino F., Cosenza M. et al., *Unusual localizations of hydatid cyst. Epidemiological aspects and diagnostic problems. Description of a clinical case. Minerva Chir.*, 2003, 58(2):231-4.

5. Gangopadhyay A.N., Sahoo S.P., Sharma S.P. et al., *Hydatid disease in children may have an atypical presentation. Pediatr. Surg. Int.* 2000, 16 (1-2): 89 – 90.

6. Gudumac Eva, Babuci S., Jana Bernic, Aglaia Malai, Angela Maniuc, Jalbă A., *Limfangiomul chistic la copii. Particularități clinice și diagnostice // Buletin de perinatologie*, nr.2, 2001, p.71-72.

7. Kurtz R.J., Heimann T.M., Holt J., *Mesenteric and retroperitoneal cysts. Ann. Surg.* 1986, 203(1): 109-12.

8. Mohanty S.K., Bal R.K., Maudar K.K., *Mesenteric cyst – an unusual presentation // J. Pediatr.*, 1998, 33 (5): 792 – 3.

9. Moraes M.A., Sobreira M.N., Medeiros F.P., Tavares A.C., Gomes M.I., *Polycystic hydatidosis: casual finding of calcified hydatid cyst simulating mesenteric neoplasm // Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, 2003, 36 (4): 519 – 21.

10. O'Neil J.A., Rowe M., Grosfeld J., Foncalssrud E., Coran A., *Pediatric Surgery*, Mosby., 1998, p.1269-1275.

11. Ricketts R., *Mesenteric and Omental cysts // Medicine*, 2003.

12. Takiff H., Calabria R., Yin L., *Mesenteric cysts and intra-abdominal cystic lymphangiom. Arch Surg*, 1985, 120(11): 1266-9.

13. Turdibaev M.A., Nazarov K.I., Maksudov A.T., *Rupture of an echinococcal cyst of the mesentery of the small intestine simulating acute appendicitis. Vestn. Khir. Im. I.I.Grek*, 1984, 132 (2): 49.

14. Кургузов О.П., Кузнецов Н.А., Артюхина Е.Г., *Кисты брыжейки кишечника // Хирургия*, nr. 2, 1991, c.148-154.

15. Румянцева Г.Н., Мешелова Д.Г., Шмелев Ф.Л., *Энтерокисты и мезентериальные кисты у детей* //Дет.хир., nr. 5, 2002, с.46-47.

Rezumat

Autorii prezintă experiența proprie referitoare la unele aspecte diagnostice și de tratament al chisturilor mezenterice gigante la copil.

Cazurile elucidate prezintă interes nu numai din punctul de vedere al rarității patologiei, ci și din cel al diagnosticului diferențial dificil.

Autorii conchid că tratamentul chirurgical radical al chisturilor mezenterice permite un pronos-tic favorabil. Totodată, volumul intervențiilor chirurgicale în chisturile mezenterice gigante depinde de dimensiunile și localizarea formațiunii, relațiile cu organele adiacente și vasele mezenterice, ca-racterul complicațiilor.

Summary

The authors present their own experience concerning some aspects of diagnosis and treatment of the gigantic mesenteric cysts in children.

The elucidated clinical cases are of interest not merely because of their rarity, but because of difficulties in differential diagnosis too.

The authors conclude that radical surgical treatment of the mesenteric cysts determines the favorable forecast. At the same time the volume of the surgical intervention in mesenteric cysts depends on the cysts dimensions and localization, their relations with near-by organs and major mesenteric vessels, complications' character.

EVOLUȚIA PROCESULUI EPIDEMIC AL HEPATITELOR VIRALE B, C ȘI D ACUTE, STRATEGIA ȘI TACTICA DE COMBATERE A LOR

Petru Iarovoi, dr. h. în medicină, **Constantin Rîmiș**, dr. în medicină, **Marina Isac**, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă

Hepatitele virale acute și cronice au fost și rămân a fi în continuare o problemă social-medicală stringentă la nivel mondial. Din cele 10 virusuri hepatotrope, majoritatea (B, C, D, G, TTV, SEN-V) provoacă hepatite virale cu mecanism de transmitere preponderent parenteral în urma diferitor leziuni ale pielei și mucoaselor. O răspândire mai mare au hepatitele B (HVB), hepatita virală C (HCV) și hepatita virală D (HDV). Conform estimărilor recente, din cele peste 6,5 mlrd. de oameni care con-viețuiesc astăzi pe Glob, 2 mlrd. au markerii serologici ai HVB, 350 mln. sunt infectați cu virusul hepatitei B (VHB), incluzând hepatite acute și cronice, ciroza și cancerul primar hepatic. Conform datelor din literatura de specialitate, circa 500 mln. de oameni au fost infectați cu virusul VHC. Mai mult de 10 mln. de oameni din populația Globului sunt infectați cu virusul hepatitei D (VHD). În fiecare an apar, în diferite arii geografice, peste 100 mii de cazuri de hepatită fulminantă, 400 mii de hepatite cronice (HCr), 700 mii de ciroze hepatice (CH) și aproximativ 300 mii de cazuri de carcinom hepatic primar(CHP), care foarte frecvent duc la deces. Astfel, numai HVB cauzează anual 500 mii – 1,2 mln. de decese, ultimele cifre sunt estimate la 320 mii. În țările Europei de Vest infecția este relativ rară și apare mai mult la adulți, iar în țările Asiei și Africii, HVB cronică se înregistrează mai frecvent la copii.

Nivelul morbidității populației Republicii Moldova prin hepatite virale B, C și D acute și cro-nice, precum și nivelul de portaj cronic al AgHBs a fost și rămâne în continuare o problemă social-medicală gravă. În prima jumătate a deceniului trecut se înregistrau anual circa 2400-2500 de cazuri de hepatite acute B,C și D, care aduceau prejudicii enorme sănătății publice și economiei naționale. Luând în considerare urmările grave medicale și economice cauzate de aceste maladii, Guvernul Republicii Moldova, la propunerea Ministerului Sănătății, a emis Hotărârea nr.507 din 02.06.97 “Cu